

介護給付費過誤申し立て依頼届

貝塚市長様

令和 年 月処理
同月過誤 ・ 通常過誤

提出事業者	
事業所番号	
事業所名称	
住所	
連絡先	() -

下記の介護給付費について過誤申し立てを依頼します 令和 年 月 日

被保険者番号	サービス提供年月	申立事由コード	申立事由
被保険者氏名			
	年		
	月		
	年		
	月		
	年		
	月		
	年		
	月		
	年		
	月		

※同月過誤 毎月月末までに高齢介護課まで提出してください。

※通常過誤 毎月10日までに高齢介護課まで提出してください。